

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 112

Considérations sur un cas d'utérus double
diagnostiqué et opéré à la puberté

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Juin 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert LELOUTRE

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Interne des Hôpitaux de St-Etienne

Né le 15 Octobre 1904 à TROYES (Aube)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

**CONSIDÉRATIONS SUR UN CAS D'UTÉRUS DOUBLE
DIAGNOSTIQUÉ ET OPÉRÉ A LA PUBERTÉ**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Considérations sur un cas d'utérus double
diagnostiqué et opéré à la puberté

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Juin 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert LELOUTRE

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Interne des Hôpitaux de St-Etienne

Né le 15 Octobre 1904 à TROYES (Aube)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. PIC
Cliniques chirurgicales		PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements		TIXIER
Clinique ophtalmologique		BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		VORON
Clinique neurologique et psychiatrique		ROLLET
Clinique des maladies des enfants		NICOLAS
Clinique des maladies des femmes		LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires		VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		ROCHET
Chimie biologique et médicale		NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL
Anatomie		BRETIN
Histologie		GUIART
Physiologie		IATARJET
Pathologie interne		POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales		BOYON
Anatomie pathologique		FROMENT
Chirurgie opératoire		CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		FAVRE
Médecine légale		PATEL
Hygiène		ARLOING (F.)
Thérapeutique		ETIENNE MARTIN
Pharmacie		COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie		SAVY
		IEULIER
		PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM.	VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie		CONDAMIN
— — Chimie minérale		BARRAL
— — Urologie		GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM.	THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance		RHENTER
Chirurgie expérimentale		TAVERNIER
Applications du radium		NOGIER
Stomatologie		TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	DUMAS	MARTIN (Joseph)
TRILLAT	SANTY	DUFOURT	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DEVIC	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (André)	GABRIELLE	GATE
ROCHAIX	CHALIER (Joseph)	MANCEAU	BERNHEIM
RHENTER	NOEL		DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VILLARD, *président*; LAROYENNE, *assesseur*;
WERTHEIMER et BERNHEIM, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En témoignage de mon affection et
de ma gratitude infinies.

A MA FIANCÉE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

Qui nous a fait le grand honneur
de vouloir bien accepter de présider
notre thèse. Nous le prions de trouver
ici le témoignage de notre profonde
reconnaissance.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR GIGNOUX

Chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne

Qui nous inspira cet ouvrage. Qu'il
veuille bien trouver ici l'expression
de notre gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LYON

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR COURMONT

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAMOUR

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND

MONSIEUR LE DOCTEUR PEHU

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE SAINT-ETIENNE

Internat :

MONSIEUR LE DOCTEUR ARNAUD
MONSIEUR LE DOCTEUR MOREAU
MONIEUR LE DOCTEUR PERRENOT
MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET

CONSIDÉRATIONS SUR UN CAS D'UTÉRUS DOUBLE DIAGNOSTIQUÉ ET OPÉRÉ A LA PUBERTÉ

Introduction

Les malformations utérines sont aujourd'hui bien connues. Ombredanne et Martin, en 1903, les ont classées d'une manière claire et schématique ; depuis de nombreux travaux ont mis cette question au point.

Mais, outre l'intérêt de présenter ici une observation inédite, nous avons pensé qu'il y avait place encore pour quelques considérations touchant ces malformations.

L'utérus double est une malformation compatible avec une vie génitale normale et nombreux sont les cas où cette malformation ne fut diagnostiquée qu'au cours d'une intervention. D'autre part en étudiant les nombreux cas rapportés de cette affection, nous voyons que c'est toujours une complication, et une complication grave, qui amena la malade à consulter.

Nous désirons insister surtout sur la symptomatologie de cette malformation à la période de la puberté, sur les moyens nous permettant de la diagnostiquer, grâce à certains signes qui, à cet âge de la vie, prendront une signification particulière et seront des in-

dices de probabilité, alors que l'arbre génital commence seulement à avoir ses fonctions propres et que les agents extérieurs, qu'il s'agisse d'infection microbienne ou de grossesse, n'ont, en général, pas encore eu de prise sur lui.

Nous étudierons également quels sont, à cet âge, les moyens dont nous disposons pour traiter cette affection ; car si la chirurgie voit s'ouvrir devant elle des voies différentes aux différents âges de la vie, il est évident que la gynécologie, s'adressant à la fonction reproductrice, doit s'inspirer au maximum de l'idée de conservation de cette fonction.

Nous reproduisons « in extenso » une observation inédite d'utérus double diagnostiqué et opéré à la puberté. Cette observation est due à la bienveillance du Docteur Gignoux, chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne, qui nous inspira cet ouvrage et auquel nous apportons ici l'insuffisante expression de notre reconnaissance.

Anatomie pathologique

L'utérus double est constitué, au point de vue embryogénique, par le non accollement des deux canaux de Müller. Nous n'insisterons pas sur ce point qui a déjà été plusieurs fois étudié.

Nous nous bornerons à rappeler que, partant des données embryologiques, les utérus doubles ont été classés en plusieurs catégories par Winckel, chaque catégorie correspondant à un stade embryogénique. Actuellement la classification proposée par Ombredanne et Martin est adoptée de tous. Cette classification est basée sur l'indépendance des corps utérins ; elle présente l'avantage d'être plus simple et surtout c'est une classification chirurgicale, le degré d'indépendance des deux utérus coordonnant l'indication thérapeutique pour chaque cas. Les types proposés par Ombredanne et Martin sont les suivants :

Premier type. — Corps indépendants et cols indépendants. Vagin cloisonné dans toute sa hauteur. Ce sont les *utérus didelphes* vrais. Ils sont très rares.

Deuxième type. — Corps indépendants et cols accolés. Ce sont les *utérus pseudo-didelphes*.

Troisième type. — Corps indépendants, cols fusionnés. Ce sont les *utérus bicornes unicervicaux*,

Quatrième type. — Corps accolés et cols accolés. Ce sont les *utérus biloculaires*.

Cinquième type. — Corps accolés et cols fusionnés. Ce sont les *utérus biloculaires corporaux*.

Sixième type. — Cols fusionnés et corps accolés. Ce sont les *utérus biloculaires cervicaux*.

Les trois premiers types forment la classe des *utérus doubles*, les trois autres types celle des *utérus cloisonnés*.

Mais il existe, accompagnant la duplicité utérine, une série de malformations, tant de l'appareil génital que des autres appareils, qui peuvent soit aider au diagnostic, soit au cours de l'acte opératoire imposer une technique particulière.

Quelles sont donc ces malformations génitales ou autres ?

Avant tout, il faut envisager la duplicité vaginale, duplicité pouvant présenter plusieurs degrés depuis le cloisonnement longitudinal complet jusqu'à la simple bride. Il faut seulement se souvenir que l'un des deux vagins peut être atrésié et que l'examen des organes génitaux externes, la femme étant en position gynécologique, doit toujours être pratiqué. Car un toucher peut fort bien laisser ignoré un vagin plus ou moins rudimentaire, la cloison séparant les deux vagins étant plaquée contre la paroi.

La présence de deux cols constatés au toucher et à l'examen au spéculum indique également la duplicité utérine, que le vagin soit unique ou double.

Ce sont là évidemment des signes de certitude, mais ils ne sont rencontrés que très rarement ; leur exis-

tence permettra un diagnostic sûr, même en dehors de toute complication.

A côté de ces malformations constatées par l'examen de l'appareil génital il en est d'autres, d'importance secondaire, constatables par l'examen des autres appareils et dont l'existence pourra permettre d'étayer un diagnostic de malformation utérine.

Nous voulons parler ici des malformations congénitales d'autres organes ; et nous ne citons que pour exemple cette observation de M. le Professeur Bérard (in thèse Blanchard) : il s'agit d'une malade pour laquelle le diagnostic fut longtemps hésitant. Celui de malformation utérine fut posé par l'évolution spéciale des symptômes et par la constatation de malformations congénitales des mains.

A côté de ces malformations il en est d'autres liées à la malformation utérine qui présentent souvent un certain intérêt au point de vue opératoire.

L'évolution progressive des canaux de Müller devant arriver à la constitution d'un seul utérus et de deux trompes, s'accompagne d'une disposition péritonéale et vasculaire uniforme. Si le rythme en est troublé, si les deux canaux de Müller ne s'accolent pas, ou s'accolent imparfaitement, il pourra s'ensuivre, liées à la perturbation utérine, diverses dispositions particulières du péritoine et des vaisseaux.

Alors que les anomalies vasculaires n'ont jamais été signalées, on a très souvent trouvé une disposition particulière du péritoine, disposition qui fut constatée dans le cas que nous rapportons ici.

Il s'agit de la présence d'une cloison séreuse allant

du pôle vésical au rectum et même remontant parfois jusqu'au côlon pelvien. Cette cloison, peu vascularisée, détermine ainsi un dédoublement du cul de sac vésico-utérin et du cul de sac de Douglas.

Enfin il semble que l'on puisse attribuer à la parenté embryogénique unissant le corps de Wolff et le canal de Müller les malformations rénales et urétérales, fréquemment constatées. Il faut se souvenir que souvent les rapports de l'uretère sont changés, ce qui, au point de vue opératoire, pourra amener le chirurgien à avoir une conduite particulière.

D'autres malformations ont été signalées : intestinales, coexistence d'un diverticule, mais elles ne présentent alors qu'un intérêt documentaire.

Observation

(due à l'obligeance du Docteur GIGNOUX,
Chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne)

Mlle L..., 13 ans, pas d'antécédents héréditaires ou personnels notables.

Réglée depuis 4 mois sans trouble d'aucune sorte. Les règles ne sont pas apparues le 5 juin 1929.

Le 13 juillet 1929 surviennent brusquement des métrorragies pour lesquelles on me fait appeler.

A l'examen : Fillette grande, mince, un peu pâle, mais ne présentant pas de signes d'anémie aiguë. Pouls régulier bien frappé à 90.

Le sang qui s'écoule de la vulve en grande quantité est épais, mélangé de caillots qui, comme lui, ont une couleur noirâtre.

Pas de douleur ni de contracture abdominale.

Le toucher rectal est négatif ; on sent juste un vagin très distendu, rempli de caillots.

L'examen général est par ailleurs négatif.

L'état de la malade n'étant pas inquiétant un traitement d'attente est prescrit, une malformation génitale étant soupçonnée.

La malade est revue le soir et le lendemain ; les pertes étaient presque tarées. Affirmant le diagnostic de malformation génitale, je conseillai d'attendre les prochaines règles pour prendre suivant les événements la décision nécessaire.

Le 18 juillet, je fus de nouveau appelé : la malade présentait de la fièvre : 38°8-38°9, elle avait vomi, se plaignait

de céphalées, présentait une diarrhée fétide et souffrait de douleurs abdominales.

Au toucher rectal on sentait une masse annexielle.

Il semblait donc que l'on était en présence d'un hémato-salpinx consécutif à une malformation génitale et en voie de suppuration.

Le 8 août, la malade est vue amaigrie par la fièvre qui a persisté.

Au toucher : col utérin petit et atrésié, à droite de l'utérus on sent une masse allongée, fixe. On décide de faire :

- 1° Une exploration par voie vaginale ;
- 2° Une intervention par voie abdominale.

Le 8 août : A. G. éther. Dilatation de l'anneau hyménéal. On trouve un seul col petit, à peine saillant au fond du dôme vaginal, son orifice n'est pas dilaté et il n'y a pas d'autre pertuis. La profondeur mesurée à l'hystéromètre est de 4 centimètres, le corps utérin étant en position normale.

Plusieurs tentatives pour découvrir un second orifice à l'hystéromètre sont infructueuses.

Le 12 août : Après 3 jours de préparation au sérum artificiel. A. G. Ether. L. M. S. O. Péritonite séreuse cloisonnée dans toute la moitié droite du pelvis. L'utérus est double, il y a deux corps totalement indépendants, fusionnés plus bas en un col unique. Un repli péritonéal vésico-rectal sépare les deux corps utérins et divise les culs de sac vésico-utérin et de Douglas en deux compartiments jumelés.

A droite du Douglas et dans celui-ci se trouve une masse du volume d'un poing d'adulte, adhérente en avant à l'utérus, deux anses grêles y sont fortement soudées. Libération des adhérences intestinales, pariétales et utérines.

Au cours de ces manœuvres, la poche annexielle se rompt et laisse échapper du pus épais et sans odeur. De plus, on reconnaît au pôle supéro-externe de la masse un cordon blanchâtre, arrondi, que l'on ménage d'abord soigneusement, pensant, en raison des anomalies urinaires fréquentes dans ces cas, à l'uretère. Puis, en le dégageant, on se rend compte qu'il s'agit de l'appendice intimement soudé aux débris des annexes droites.

On pratique une castration droite. L'examen des deux utérus montre que le droit est plus gros que le gauche : il a le

volume d'un gros œuf. A gauche l'utérus est bien constitué, de consistance normale, l'ovaire et la trompe bien conformés, sont correctement placés. Aussi enlève-t-on l'utérus droit par une hémi-hystérectomie subtotale, seul procédé applicable ici en raison de la fusion des corps au-dessous de l'isthme. Il n'y a à lier qu'une seule artère utérine, mais le col saigne notablement, surtout sur la ligne médiane. La portion correspondant au col droit présentait une sorte de repli qui est interprété comme un col rudimentaire.

Suture du col sectionné. Péritonisation haute par l'anse iliaque après avoir hésité sur l'opportunité d'un drainage. Péritonisation des anses grêles cruentées. Appendicectomie avec enfouissement. On ne constate aucune autre malformation abdominale, pas de diverticule de Meckel. Fermeture de la paroi à quatre plans, sans drainage.

A l'examen de la pièce on reconnaît une poche, maintenant flasque, que forment la trompe et l'ovaire droit ou plutôt leurs débris, la pointe de l'appendice s'implantait dans cette masse et y adhérait. La cavité utérine est dilatée admettant le petit doigt, ses parois sont normalement musclées.

Les suites abdominales furent d'abord assez simples, mais le deuxième jour apparut une dyspnée très vive avec cyanose et défaillance cardiaque qui céda en deux jours au vaccin de Weill et Dufourt et aux toni-cardiaques.

Le 20 août, la température restant élevée et non explicable par les signes pulmonaires, on constate la présence d'une collection dans le Douglas. Une colpotomie, pratiquée sous A. G. Kélène, donne issue à du pus.

La chute de température ne fut que passagère, et peu à peu se dessina un abcès du ligament large que le vaccin ne put faire avorter.

Le 4 septembre : Intervention, A. G. Kélène, ouverture par voie iliaque droite sous-péritonéale d'un gros abcès se prolongeant jusqu'au côté du col, deux drains, deux mèches sont placés.

La convalescence fut alors rapide, la plaie de laparotomie s'était cicatrisée par première intention. Le drainage iliaque fut progressivement diminué et, le 14 septembre, la malade quittait la clinique.

Cependant, le 16 septembre, apparut au niveau de l'incision iliaque une fistule laissant échapper des matières fécales solides et par laquelle passaient immédiatement les lavements : c'était une fistule du sigmoïde. La fistule se tarit spontanément et la malade, revue le 22 octobre, était bien portante et engraisée.

Le 20 décembre, la malade est revue ; les cicatrices sont solides, l'état général est excellent. Les règles sont venues normalement le 1^{er} décembre sans douleur, pas de caillots, pas de débris anormaux. Durée, 5 jours. Seule persiste une légère leucorrhée.

Le 14 avril 1930, la malade est revue, elle ne présente aucun trouble génital ni digestif. Les règles ont été normales. L'état général est excellent et depuis le mois de janvier elle est retournée à l'école.

Considérations cliniques

I. — Symptomatologie

L'hématométrie unilatérale représente la première complication et la plus fréquente indication opératoire dans les cas d'utérus double. Les cas d'hématométrie bilatérale sont absolument exceptionnels.

En effet, les utérus doubles peuvent fonctionner comme des utérus normaux, au point de vue de la menstruation, ils ne se révèlent alors pas cliniquement et ne présentent aucune indication opératoire. Leur physiologie est-elle troublée, le plus souvent par suite de l'imperforation utérine, un hématomètre se forme, débutant avec la menstruation mais ne donnant lieu à des symptômes importants que plus tard, lorsque la collection sanguine distend la cavité close. Ce sont alors des douleurs intenses, unilatérales, périodiques, revenant chaque mois et ayant ce caractère particulier de se prolonger au delà de la période menstruelle : c'est là un caractère distinct important entre les douleurs de l'hématomètre et celles de la dysménorrhée par atrésie cervicale.

Il nous semble, d'après l'étude de l'observation

rapportée ici, qu'un autre processus puisse parfois être invoqué. La duplicité utérine s'accompagnant d'une position vicieuse de l'un des organes, alors que la perméabilité est conservée, il semble qu'il se soit produit une hématométrie au moment de la période menstruelle. Hématométrie ayant régressé spontanément ainsi qu'en fait foi l'écoulement sanguin survenu, écoulement sanguin, cependant de caractères particuliers: sang noirâtre, accompagné de caillots, en un mot, sang de « rétention ». Mais si l'hématomètre a disparu, un hématosalpinx s'est constitué, et c'est lui que l'on découvrira lors de l'intervention. Aran et Bernitz mettaient l'hématosalpinx sur le compte du reflux du sang utérin. Saenger et d'autres, admettent la théorie de l'exhalation sanguine par hyperhémie de voisinage. Cette pathogénie permet d'expliquer l'écoulement sanguin externe, la disparition de l'hématomètre et les hématomes fréquents au niveau de l'ovaire.

En dehors de ces accidents, les utérus doubles ont leur pathologie comme les utérus uniques; ils peuvent être en rétroversion, infectés, atteints de fibrome ou de cancer. L'âge de la malade dont nous présentons l'observation, nous permet d'éliminer cette pathologie, sauf la rétroversion, et d'étudier l'utérus double et sa symptomatologie propre.

Il nous faut reconnaître avant toute chose, que rares sont les cas publiés d'utérus doubles diagnostiqués en dehors de toute vie génitale, et que rares sont les cas où cette affection fut diagnostiquée avant l'intervention.

Goullioud (in thèse 1911), rapporte cinquante-trois observations d'utérus doubles: il n'en est que quatorze ayant trait à des jeunes filles à la période de leur puberté. Le diagnostic ne fut fait que cinq fois avant l'intervention et une fois il fut soupçonné. Quatre de ces observations sont tirées de la thèse de Gross ; la symptomatologie présentée est la même que dans d'autres observations et on est porté à douter que le diagnostic ait réellement pu être affirmé dans ces cas avant l'intervention.

Guilleminet et Michon, présentant en 1924, une « étude clinique et thérapeutique des utérus doubles » citent cinquante-huit observations, dont quatre se rapportent à des jeunes fille en dehors de la vie génitale et pas une fois le diagnostic ne fut fait avant l'intervention.

Il nous semble donc que l'utérus double est une affection qui en elle-même ne se diagnostique pas à l'âge que nous envisageons ; le médecin est appelé à l'occasion d'une complication et ce ne sera que par l'étude des anamnestiques et l'examen de la malade qu'il pourra rapporter les symptômes présentés à une malformation. De là, l'intérêt de l'étude de la symptomatologie à une période de la vie où elle peut être considérée comme pure.

Nous étudierons donc avant toute chose l'hématométrie, premier symptôme, en général, pour lequel le médecin est appelé.

Les premières règles ont souvent été normales, parfois cependant, elles se sont accompagnées d'une dysménorrhée, d'intensité variable, à laquelle l'entourage

de la malade n'a souvent pas attaché d'importance, la confondant avec la dysménorrhée fréquente chez les jeunes filles. Brusquement, sont apparus des symptômes fonctionnels, physiques et généraux. L'écoulement cataménial est de moindre importance; il peut même manquer complètement, comme dans le cas ici rapporté.

La malade se plaint de douleurs à type de coliques, unilatérales, très violentes. Une légère élévation thermique et quelques troubles digestifs peuvent apparaître. A cette période l'hématomètre est en train de se constituer; l'examen pratiqué permettra de sentir une tumeur soit hypogastrique, soit iliaque. Cette tumeur est mobile, douloureuse au palper. Le toucher pratiqué permet de sentir en dehors de toute malformation vaginale ou cervicale une tumeur juxta-utérine douloureuse, de consistance ferme pouvant bomber dans un cul de sac. Les mouvements imprimés au col sont transmis à cette masse qui est mobile. L'hématomètre est alors constitué.

Cet hématomètre peut être définitif, on assistera à la régression progressive, mais jamais complète des symptômes, et lors de la prochaine époque menstruelle, ils réapparaîtront aggravés, toutes réserves étant faites sur la possibilité d'infection survenue.

Mais aussi, cet hématomètre peut être temporaire, comme dans l'observation rapportée. Il se terminera par un écoulement sanguin sur les caractères duquel nous désirons particulièrement insister:

L'hémorragie survient plusieurs jours après la date normale des règles. Cette hémorragie est très abon-

dante et d'apparence cataclysmique. L'abondance de l'hémorragie contraste avec l'état général de la malade qui reste bon, le pouls est normal, il n'y a pas de symptômes d'anémie. Le sang qui s'écoule par la vulve présente des caractères très particuliers. C'est un sang de « rétention » que l'on peut comparer à celui qui s'échappe d'un volumineux hématome incisé tardivement. Ce sang est épais, visqueux, noirâtre de couleur et de consistance, rappelant celle du raisiné, les éléments cellulaires du sang sont altérés, déformés. Des caillots s'échappent également, mais sans grande abondance, il n'y a pas de débris épithéliaux.

Les douleurs disparaissent, l'écoulement se tarit. Un toucher pratiqué à quelques jours de là permettra de constater la disparition plus ou moins complète de l'hématomètre, en même temps que, le plus souvent, sera perçue une masse annexielle constituée par un hématosalpinx.

A partir de ce moment, la symptomatologie devient celle de l'hématomètre et de l'hématosalpinx, avec toutes leurs complications, surtout les épisodes aigus au moment de chaque période menstruelle. L'infection se fera presque fatalement dans ces cavités closes, et nous aurons alors le tableau, présenté par la malade dont nous rapportons l'observation lors du deuxième examen que lui fit le Docteur Gignoux, le 18 juillet, l'hématomètre avait disparu, mais il existait un hématosalpinx en voie de suppuration. Les signes généraux étaient accentués, température, vomissements, diarrhée, contracture abdominale,

Il faut savoir également, qu'il existe des cas où la seule complication, et, partant de là, le seul symptôme permettant de soupçonner la malformation, est la dysménorrhée; mais il s'agit là d'un symptôme provoquant un examen gynécologique au cours duquel la malformation pourra être entrevue par l'examen approfondi de l'appareil génital.

II. — Diagnostic

Quels sont les moyens de diagnostic offerts au médecin?

L'interrogatoire minutieux de la malade, interrogatoire faisant préciser toute l'histoire menstruelle de la malade. Interrogatoire faisant remarquer toutes les anomalies menstruelles remarquées depuis l'époque des premières règles ; anomalies portant sur la date, la durée, l'aspect de l'écoulement ; la douleur et son siège. Et surtout, il faudra s'attacher à la recherche des signes que nous avons énumérés plus haut. Il faut se souvenir que de petites hématométries : hématomètres minuscules (Gouilloud 1927), avec symptomatologie menstruelle douloureuse, ont été l'élément du diagnostic de malformation utérine et l'intervention confirmera ce diagnostic.

Ces renseignements fournis, on procèdera à l'examen de la malade.

Cet examen est d'une importance capitale, difficile, il doit être complet. Le simple toucher vaginal n'est pas suffisant. Après examen de l'abdomen, la malade sera placée en position gynécologique. Il sera bon de procéder à cet examen sous anesthésie générale. L'hystérométrie devant l'accompagner ; il sera bon également d'avertir la famille de la nécessité de dilater l'anneau hyménéal,

Les organes génitaux externes seront soigneusement examinés, car ils peuvent présenter des malformations dont l'existence aidera le diagnostic. On recherchera : l'existence d'une cloison déterminant deux vagins, l'existence de brides vaginales, tout en différenciant celles qui peuvent être consécutives à un traumatisme ancien.

Puis l'examen au spéculum sera pratiqué, il pourra montrer l'existence d'un ou de deux cols, l'état du ou des cols. Il est rare de constater l'existence de deux cols, leur présence impose le diagnostic de malformation utérine. A côté des cas où les deux cols, de volume inégal généralement, sont nettement séparés ou jumelés au fond d'un vagin unique, il existe des cas de cols avec un seul museau de tanche, mais avec deux orifices, dont l'un est dissimulé dans un cul de sac. Il y a même des cas où un second col passe inaperçu : il est alors masqué par une imperforation ou par une bride vaginale.

On procédera au toucher combiné au palper abdominal. Ce toucher donnera des renseignements souvent difficiles à interpréter. On devra rechercher l'hématométrie et l'hématosalpinx. Il faut rechercher soigneusement, si l'on soupçonne une malformation utérine, les deux corps utérins qui peuvent occuper de multiples positions, l'un par rapport à l'autre, depuis la fusion des deux corps en utérus biloculé, jusqu'à la séparation à angle obtus de deux corps divergents.

A la période de la vie qui nous intéresse, deux seules affections peuvent fournir des signes à l'examen physique, ce sont :

1° La tuberculose annexielle;

2° Le kyste de l'ovaire.

Mais ces affections présentent des symptômes particuliers qui permettront facilement d'en faire le diagnostic.

Il est un mode d'exploration qui fournira très irrégulièrement, des renseignements sur l'existence d'une malformation utérine, nous voulons parler de l'examen hystérométrique.

Il devra être pratiqué avec prudence, d'abord avec un seul hystéromètre, pour juger de la perméabilité du col et mesurer la profondeur utérine, puis avec deux hystéromètres, afin de rechercher un second orifice et de cathétériser une seconde cavité utérine.

Wolf Stern insiste dans sa thèse sur ce procédé; il schématise l'interprétation des résultats obtenus. Nous résumerons en quelques lignes les conclusions qu'il tira des résultats obtenus par ce mode d'exploration:

1° Absence de contact des deux hystéromètres = bifidité ;

2° Les deux hystéromètres convergent et se heurtent = utérus à un seul corps avec deux cols ;

3° Les hystéromètres ne se rencontrent pas et divergent = utérus avec deux corps indépendants ;

4° Les deux hystéromètres restent indépendants et parallèles = utérus cloisonnés.

Mais, outre les difficultés que crée l'emploi de ce procédé, il semble qu'il s'agisse là d'une interprétation bien théorique, alors qu'il s'agit de lésions aussi variées et aussi complexes. Il n'en reste pas moins que la constatation de deux cavités utérines indépendantes

à l'examen hystérométrique doit faire conclure à l'existence d'un utérus double.

Dans le cas ici rapporté, l'examen hystérométrique ne donna rien, malgré plusieurs tentatives, et il en est souvent ainsi. Car, si un orifice est facilement trouvé, nous avons vu que fréquemment un des utérus est borgne, ne possédant pas d'orifice externe (hématométrie permanente); d'un autre côté, l'orifice de l'un des utérus peut être masqué par une bride, ou les deux utérus peuvent être trop perpendiculaires, l'un par rapport à l'autre. Enfin, il existe une disposition rare dont un cas fut rapporté récemment (Labry P. M. 23 XI 29), il s'agissait d'un utérus double unicervical affectant la forme en « candélabre »; c'est-à-dire que les deux utérus présentaient chacun deux courbures : l'une à concavité inférieure, l'autre à concavité supérieure, et toutes les deux à angle droit. L'examen à l'hystéromètre donnait une profondeur de quatre centimètres et l'on butait contre une paroi prise pour le fond utérin, aucun orifice latéral ne pouvait être cathétérisé.

En somme, il semble bien que l'hystérométrie donne des résultats inconstants. Si parfois elle donne des résultats probants, il ne faut cependant pas lui donner toute la valeur que certains ont voulu lui attribuer. Si l'examen à l'hystéromètre ne donne rien, il ne faudra pas nier l'existence d'une malformation utérine.

Il est un autre procédé d'exploration : l'examen sous écran après injection de lipiodol, qui donne des résultats d'une manière plus constante et plus sûre.

Cette exploration ne fut pas pratiquée chez la malade dont nous rapportons l'observation.

L'examen sous écran d'un utérus injecté au lipiodol pourra fournir, en cas de duplicité utérine, de précieux renseignements. Le lipiodol, élément fluide, permettra d'explorer des régions inaccessibles aux hystéromètres, instruments métalliques. Les cavités utérines injectées se dessineront dans leur forme et dans leur direction, la perméabilité des trompes sera vérifiée, l'existence d'un hématosalpinx sera affirmée. Et il nous paraît intéressant de rappeler que dans une communication faite à la Société de gynécologie et d'obstétrique (Cotte et Bertrand, 1926), les auteurs présentèrent une radiographie révélant un utérus bicorne unicervical insoupçonné jusqu'alors, et dont la constatation conduisit à un changement complet de la thérapeutique chirurgicale projetée.

Nous terminerons en signalant que la fréquence des anomalies urétéro-rénales concomitantes pourra amener à faire une cystoscopie et un cathétérisme urétéral, la présence d'un seul urètre et sa situation entraîneront alors le chirurgien averti à redoubler de prudence au cours de l'acte opératoire.

Considérations thérapeutiques

L'intérêt d'un diagnostic précoce est tout puissant, lorsqu'on envisage la question du traitement des utérus doubles.

Car, si la complication en elle-même impose une thérapeutique, la lésion organique, cause de cette complication, orientera le traitement vers une destinée particulière.

Nous envisageons dans cette étude, un cas d'utérus double, diagnostiqué et opéré à la puberté. En effet, si nous avons vu que l'âge des malades intervenait puissamment au cours du diagnostic, son importance n'est pas moins grande lorsqu'on envisage le traitement. Alors que des malades vues plus tardivement présenteront des lésions plus accentuées : hématomètres et hématosalpinx avancés, dégénérescence sclérokystique ovarienne très fréquente, réactions péritonéales ayant déterminé des adhérences dans le petit bassin, la grossesse, d'autre part, pouvant avoir amené diverses complications ; une malade vue tôt, dès les premiers accidents, présentera, en général, des complications plus simples et moins irrémédiables. Alors que chez une malade plus âgée l'état anatomique des organes pourra, souvent conduire le chirurgien

gien à une opération radicale, une malade vue au début des accidents, bénéficiera au maximum d'un traitement conservateur dont l'intérêt n'est plus à démontrer eu égard à la fonction à laquelle il s'adresse, fonction double de sécrétion interne et de reproduction.

Il ne faudra cependant pas, et ceci est général pour toute la chirurgie, vouloir conserver plus qu'il ne doit être conservé et l'examen des organes, au cours de la laparotomie, montrera ce qui doit être retranché et ce qui doit être gardé.

Il nous semblerait téméraire, de vouloir schématiser la thérapeutique de ces malformations d'après chaque type anatomique. La diversité des dispositions anatomiques et surtout des lésions surajoutées feront de chaque cas un cas d'espèce et le chirurgien, tout en obéissant à certaines directives, réglera sa conduite sur l'état anatomique des organes. Nous pouvons poser, en principe, que la complication impose la thérapeutique. Le chirurgien rapportera les symptômes perçus à une malformation utérine, le diagnostic exact de la malformation sera rarement fait avant l'intervention.

L'intervention décidée sera une laparotomie, nous pouvons, dès à présent, dire qu'il faut condamner la voie vaginale. L'abdomen ouvert, les organes génitaux seront examinés et à ce moment seulement sera fait un diagnostic opératoire précis.

Un diagnostic pré-opératoire de malformation, nous ne le répéterons jamais assez, est d'une importance primordiale dans la conduite de l'intervention, car il

permettra d'éviter des erreurs dont la répercussion serait grave.

Quels sont les moyens thérapeutiques offerts ?

Nous ne ferons que rappeler, et sans insister, les interventions par voie vaginale aujourd'hui désuètes. Ce sont :

1° La ponction évacuatrice de la poche hématométrique ; c'est un palliatif momentané ouvrant la porte à l'infection ;

2° L'incision de l'hématomètre, permettant la vidange et le drainage de la poche, mais ne pouvant être envisagée comme un moyen curatif ;

3° Une intervention très rare, signalée deux fois (Barton Cook Hirst et Rockey in Guilleminet et Michon) ; il s'agissait alors d'utérus biloculaires avec vagins doubles : la cloison intervaginale fut sectionnée et la cloison utérine, particulièrement mince, fut écrasée par un clamp à demeure. Il s'agit là, de cas exceptionnels.

Les interventions abdominales seront radicales ou conservatrices ; nous ne ferons que signaler les premières, l'âge que nous envisageons permettant la plupart du temps, d'être conservateur.

L'intervention sera radicale :

1° En cas de lésions pathologiques étendues et bilatérales ;

2° En cas d'impossibilité anatomique d'une opération conservatrice, ce qui se voit surtout en cas d'utérus biloculés. La cloison séparant les deux cavités utérines n'est alors pas assez développée pour pouvoir se dédoubler ;

3° En cas d'insuffisance physiologique de l'utérus que l'on désirerait conserver. Un utérus petit, rudimentaire, mal implanté, n'aurait qu'une valeur physiologique minime et pourrait, par la suite, entraîner des troubles. En somme, l'effort fait pour le conserver serait disproportionné du résultat à espérer ;

4° En cas de lésions annexielles et ovariennes du côté présumé sain.

Dans le cas ici rapporté, le Docteur Gignoux, fit une héli-hystérectomie, cette opération est, évidemment, l'intervention de choix. Elle peut présenter deux modalités : héli-hystérectomie totale ou héli-hystérectomie subtotale. Dans le cas présent, on fit une héli-hystérectomie subtotale.

L'héli-hystérectomie totale est préférable et doit être pratiquée chaque fois que l'état anatomique des organes le permet. En effet, le moignon de col restant peut secondairement déterminer des accidents de rétention. Cependant, il est des cas où cette héli-hystérectomie totale n'est pas possible. Dans le cas ici rapporté, le col droit était rudimentaire, incorporé au col gauche, on fut donc obligé de le laisser subsister en partie. Dans d'autres cas, une hématométrie basse distend à l'extrême les parois du col, il devient alors impossible de l'enlever.

Dans des cas d'utérus biloculaires avec hématosalpinx, certains auteurs, ne voulant pas effectuer une castration complète, d'autre part, l'état de l'utérus ne permettant pas une héli-hystérectomie, ont fait une sapinectomie unilatérale.

Il est un point également à envisager, nous vou-

lons parler de la conservation de l'ovaire du côté malade. Si cet ovaire semble macroscopiquement sain, il est préférable de le laisser. Mais si, et cela est fréquent, il présente des signes de dégénérescence scléro-kystique, ou s'il paraît avoir souffert du processus inflammatoire consécutif à l'hématosalpinx, il faut l'enlever.

Dans l'observation ici rapportée, l'ovaire était adhérent à la poche de l'hématosalpinx et ne put être conservé.

Nous rappellerons qu'au cours de l'acte opératoire, il faut toujours penser aux anomalies urétérales et rénales, qu'il n'y a pas d'anomalies vasculaires, donc, qu'il n'y aura dans une hémihystérectomie qu'un seul pédicule vasculaire à lier, enfin, que la cloison séreuse vésicorectale est avasculaire et n'offre aucune indication de technique particulière.

Conclusions

I. — L'utérus double est une malformation, la plupart du temps silencieuse, compatible avec une vie génitale normale et ne se manifestant habituellement que par une complication.

II. — Aussi cette malformation n'a-t-elle été diagnostiquée que fort rarement avant l'intervention, chez les jeunes filles, au voisinage de la puberté.

III. — Parmi les symptômes, pouvant la faire soupçonner à cette période de la vie, il y a lieu de retenir particulièrement :

1° Les anomalies des règles : irrégularités, métrorragies noirâtres « de rétention » ;

2° La constatation d'une tumeur pelvienne.

IV. — L'examen au spéculum et à l'hystéromètre paraissent avoir une valeur surtout théorique et n'ont pas permis, dans le cas rapporté, de constater, la duplicité utérine.

V. — L'utérus double n'exige un traitement chirurgical qu'en cas de complication. Il y a alors avantage à poser un diagnostic préopératoire qui permettra un traitement aussi conservateur que possible, dont l'intérêt est évident, étant donné l'âge du sujet.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	VILLARD.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 17 Mai 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

I. — Publications en langue française

- ABRAMOVITCH. — La dualité et l'utérus double (*Cour. Médic.*, 19 mai 1929).
- ADÉODATO. — Utérus double (*Gynéc. et Obst.*, 1925).
- ALARY. — Utérus didelphes (*Soc. Anat.*, 1919).
- BERNARDBEIG. — Les utérus didelphes (*Gyn. et Obst.* de Paris, mars 1929).
- BLANCHARD. — Etude des utérus didelphes (*Thèse*, Lyon, 1907).
- CHAMPEL. — Malformation génitale chez une jeune fille (*Lyon Médical*, 25 décembre 1921).
- COTTE et BERTRAND. — L'exploration radiologique de l'utérus (*Gynécologie et Obst.*, mai et juillet 1926).
- COTTE. — Dysménorrhée liée à une malformation utérine (*P. M.*, 9 avril 1930).
- DODOZ. — Utérus didelphes (*Thèse*, Bordeaux, 1920).
- ERPS VAN. — Un cas d'utérus didelphe (*Gyn. et Obst.*, Paris, 1925).
- FAGNARD. — Un cas d'utérus double avec pyométrie (*Scalpel*, Bruxelles, 1923).
- GOUILLOU. — Les utérus didelphes et autres malformations (*Lyon Chir.*, 1912).
- Traitement des malformations utérines justiciables de la laparatomie (*Thèse*, Lyon, 1917).
 - Traitement des malformations utérines justiciables de la laparatomie (*Gynéc. et Obst.*, décembre 1912).
 - Dysménorrhée par malformation utérine (*Soc. de Chirurgie de Lyon*, 3 mars 1927).

- GUILLEMINET et MICHON. — Etude clinique et thérapeutique des utérus doubles (*Gynéc. et Obst.*, 1924).
- HEUZÉ. — Malformations utérines (*P. M.*, janvier 1914).
- HERBELIN. — Contribution à l'étude des utérus didelphes (*Thèse*, Paris, 1924).
- HUE. — L'utérus didelphe (*Normandie Médicale*, 1924).
- JOUSSIM. — Contribution à l'étude des malformations génitales chez la femme (*Thèse*, Lyon, 1923).
- JUNG. — Utérus double bicorne avec grossesse (*Lyon Obst.*, nov. 1927).
- LABRY. — Utérus bicorne (*P. M.*, 23 nov. 1929).
- LE BEC. — Utérus didelphe (*Rev. Gynéc.*, 1904).
- LEVEUF et PANIS. — Utérus bifide par persistance de l'ébauche allantoïdienne (*Soc. Anat.*, Paris, 1924).
- MAGENC. — Utérus didelphe (*Thèse*, Toulouse, 1922).
- MAUCLAIRE. — Utérus fibromateux pseudo-didelphe (*Soc. Anat.*, 1922).
- MICHON. — Utérus didelphe et hémi-hystérectomie (*Lyon Médical*, 1925).
- MOLLEN et CONDAMIN. — Utérus double (*P. M.*, 1^{er} févr. 1930).
- MORNARD et PANIS. — Un cas d'utérus double (*Soc. Anat.*, 1923).
- MULLER. — Vagin double et utérus bifide (*Paris Chir.*, août 1927).
- OMBREDANNE et MARTIN. — Utérus double (*Revue de Gynéc.*, 1903).
- PATEL. — Utérus double (*Lyon Chir.*, 1924).
- PÉRY. — Un cas de malformation utérine rare (*Gynéc. et Obst.*, octobre 1926).
- PIQUAND. — Les utérus doubles (*Revue de Gynéc. et Chir. abdom.*, 1910).
- POUJOL, VOINARD et JANIER. — Sur un cas d'utérus double, séquestration d'un de ces utérus avec hématométrie (*Journal de Médecine de l'Afrique du Nord*, 1923).
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*.
- QUENU et LE SOURD. — Traitement des utérus didelphes (*Rev. de Chir.*, 1906).
- RICHE. — Utérus didelphe avec vagin unique (*Gynéc. Obst.*, avril 1926).
- TRAJAN MILHAESCO. — Les malformations utérines: et leurs complications (*Gynéc. et Obst.*, 1927).
- WOLF STERN. — Utérus doubles (*Thèse*, Paris, 1910).

II. — Publications en langues étrangères

- BLACKBURN. — Uterus didelphys, report of a case with some postoperative operations (*South M. J.*, Birmingham, 1924).
- CATELIN. — Double utérus (*J. of American Med. Assoc.*, Chicago, 1924).
- CORNELL and EARNE. — Uterus didelphys (*Surg. Gyn. Obst.*, 1919).
- CZERWEN KA. — Utérus doubles avec vagins séparés (*Monatsch für Geb. u. Gynäk.*, 1904).
- DE SA. — A case of double uterus (*J. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, Londres, 1925).
- EYMER. — Zur Symptomatologie und therapie des sogenten uterus duplex (*Zentralb. f. Gynäk.*, Leipzig, 1923).
- HORN. — Uterus didelphys with torsion of the pregnant right uterus (*Arch. of Surgery*, Chicago, 1924).
- IRAETA e MEDINA. — Un caso de utero didelpho (*Prensa Med. Argentina*, Buenos-Ayres, 1925).
- LEVISON and WOLFSON. — Uterus didelphys (*Americ. Journ. of Obst. and Gynec.*, 1927).
- MALCOLM. — Report of a case of uterus didelphys (*Amer. J. of Obst. and Gyn.*, Saint-Louis, 1925).
- MEUGE. — *Bildungs fehler d. Werbl. Genitalien in Veit's Handbuch der Gynaek.*, 1910.
- MILLER. — Uterus didelphys (*Am. J. Obst. and Gynec.*, 1922).
- NEWTON. — Uterus didelphys notes on its developmental etiology and its clinical signifiante (*Ann. of Surg.*, Philadelphie, 1924).
- ORSOS. — Duplicité des organes génitaux internes de la femme (*Orvosi Hetilap*, Hongrie, 1925).
- PASCHEN. — Myom Zwischen beiden uterus (*Zentralblatt für Gynäk.*, 1890).
- PETERSEN. — Ablation d'un utérus didelphe pour un cancer de la moitié gauche (*Hospitalstid*, Copenhagen, 1923).
- PEYER. — Uterus bilocularis (*Zeits f. Geb. u. Gynak*, Stuttgart, 1924).

PINARDI. — Utero doppio con salpingo ovarite unilaterale (*Rivista d'Ostetrica e Ginecologia*, Palermo, 1925).

ROCKEY. — Uterus didelphys (*Annales of Surg.*, 1916).

STEIBEL. — Un cas d'utérus double (*Zentralblatt für Gynäk*, 1925).

WILLIAMS. — A case of uterus duplex with adenomyoma (*J. of Obst. and Gynec. of Brit. Emp.*, 1924).

WILSON. — A case of double uterus and vagina with unilateral haematocolpos and hematometra (*J. of Obst. and Gynec. of Brit. Emp.*, 1925).

WRIGHT. — A case of double uterus and vagina with unilateral hematocolpos simulating a large ovarian cyst. (*Bull. Buffalo General Hospital*, 1923).

ZWAKAENBURG. — Double uterus (*Amer. J. of Obst. and Gynec.*, Saint-Louis, 1924).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	9
Anatomie pathologique	11
Observation.....	15
Considérations cliniques	19
Considérations thérapeutiques.....	31
Conclusions.....	37
Bibliographie.....	39



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



